UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1972 — N°.....

A PROPOS DE HUIT CAS DE KYSTES EPIDERMOIDES CRANO - ENCEPHALIQUES

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE NEURO-CHIRURGICALE DU C.H.U. D'ALGER : Pr. ABADA)

THESE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE "MENTION MEDECINE"

présentée et soutenue publiquement le 20 Novembre 1972

par

SALIBI Abdellah

Né le 4 Septembre 1944 à HAMA - KAFRABHOM (Syrie)

MEMBRES DU JURY

MM.	ABADA :	Professeur (Neuro-Chirurgie).....	PRESIDENT
	ABDELOUAHAB :	Professeur (O. R. L).....	JUGES
	YAKER :	Maitre de Conférence Agrégé (Anat-Pathologique)..	
	GALLI :	Maitre de Conférence Agrégé (Neuro-Chirurgie).....	

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1972 — N°.....

A PROPOS DE HUIT CAS DE KYSTES EPIDERMOIDES CRANO - ENCEPHALIQUES

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE NEURO-CHIRURGICALE DU C.H.U. D'ALGER : Pr. ABADA)

THESE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE "MENTION MEDECINE"

présentée et soutenue publiquement le 20 Novembre 1972

par

SALIBI Abdellah

Né le 4 Septembre 1944 à HAMA - KAFRABHOM (Syrie)

MEMBRES DU JURY

MM.	ABADA :	Professeur (Neuro-Chirurgie).....	PRESIDENT
	ABDELOUAHAB :	Professeur (O. R. L).....	JUGES
	YAKER :	Maitre de Conférence Agrégé (Anat-Pathologique)..	
	GALLI :	Maitre de Conférence Agrégé (Neuro-Chirurgie).....	

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque

JE DEDIE CETTE THESE

A mon père et ma mère

faible témoignage de ma profonde affection

A mon frère et mes soeurs

avec mon affection la plus sincère .

A TOUT MES AMIS

et plus particulièrement à mes camarades d'études.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A B A D A

Il nous a toujours accueilli avec une extreme bienveillance et honoré en nous confiant ce travail .

Nous avons eu le privilège de profiter de son enseignement et de ses larges connaissances cliniques.

Il nous a consacré beaucoup de son temps, il nous a conseillé et guidé pas à pas le long de ce travail avec une bonté incomparable .

Il nous a fait le grand honneur de présider le Jury de notre thèse.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici notre très respectueuse gratitude et de notre assurance que nous resterons fidèle à sa pensée et à son exemple.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABDELOUAHAB

Nous n'avons pas eu l'honneur de travailler sous sa direction, mais nous avons largement bénificié de son enseignement brillant à l'hôpital .

Il nous fait l'honneur de juger ce travail.

Qu'il soit assuré de notre sincère dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE Y A K E R

En faible témoignage de reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a prodigué et l'aide qu'il nous a apporté pour la réalisation de ce travail.

Nous le remercions d'avoir accepté de juger ce travail, et nous tenons à lui exprimer ici notre vive reconnaissance .

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE G A L L I

Vous nous avez toujours accueilli avec bienveillance.

Vous avez été toujours volontaire pour nous expliquer, nous enseigner et nous guider dans l'acquisition des sciences médicales.

Votre expérience clinique, votre sérieux dans le travail et vos larges connaissances nous ont été de grands apports.

Que vous trouviez ici le symbole de notre profonde gratitude et l'assurance de notre grand estime .

A nos Maitres de la faculté

A nos Maitres des hôpitaux .

P L A N

I - INTRODUCTION

II - NOSOLOGIE ET HISTORIQUE

III- PATHOGENIE

IV - ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

V - CLINIQUE

- kyste épidermoide extra-durale

- kyste épidermoide sous-durale

VI - TRAITEMENT

VII- RESULTATS

INTRODUCTION

Les kystes épidermoides cranio-encéphaliques sont des tumeurs rares histologiquement bénignes a développement lent qui peuvent soit occuper la parois cranienne (kystes épidermoide extra-duraux), soit pénétrer dans le tissu cérébral (kystes épidermoides sous-duraux).

Cette affection a fait l'objet d'une remarquable mise au point par LEPOIRE et PERTUISET en 1957 à la société de neuro-chirurgie de langue française, travail auquel nous nous référons tout le long de notre exposé.

Depuis lors très peu de travaux lui ont été consacrés à part quelques observations éparses en langue Anglaise.

De 1962 à 1972 huit (8) malades porteurs de kystes épidermoides canio-encéphaliques ont été admis et traités à la clinique neuro-chirurgicale du C.H.U. à Alger.

Dans le même temps le service a compté au moins 800 processus expansifs intra-crâniens.

.../...

Nous rappelons par ailleurs pour l'intérêt géographique que jusqu'en 1957 DESCUNS a réuni à Alger six cas de kystes épidermoides cranio-encéphaliques; dont fait état le rapport de LEPOIRE et PERTUISET .

Cette affection passionnante par les problèmes nosologiques et pathogéniques qu'elle continue à poser, reste donc une affection aussi râre en Algérie qu'ailleurs.

Le but de notre travail est d'étudier ces huit observations, et les problèmes diagnostiques, et thérapeutiques qu'elles nous ont posées.

Nous essayerons en outre de les placer dans le cadre des formes anatomiques connus et nous nous contenterons d'un bref rappel historique, pathogénique, et anatomo-pathologique pour une meilleure compréhension du problème .

NOSOLOGIE et HISTORIQUE

Le terme de kyste épidermoide semble avoir été définitivement admis actuellement dans la littérature de la langue française. D'autres termes ont été et restent encore souvent utilisés, termes consacrés par l'usage, et basés sur un aspect de cette lésion tel le plus ancien "tumeur pérlée" dont a fait état CRUVEILHIER en 1829 ; ce dernier a eu le grand mérite de faire la synthèse des observations publiées: Mais c'est LEPRESTRE qui un an auparavant semble avoir décrit le premier les principaux caractères de cette affection qu'il a appelé "tumeur adipo-ciriforme" .

En 1838 JOHANNES MULLER décrit le premier la localisation intra-diploique auquel il donne le nom de " cholesteatome "; autre terme qui a été consacré par l'usage.

Une autre date importante à la connaissance de cette lésion 1851 : ADAMS fait la première description histologique de la membrane épidermoide .

La première statistique important est dûe à BAILEY avec 62 observations avec étude histologique précise puis MAHONEY en 1936 qui rassemble 142 kystes épidermoides cranio-encéphaliques .

PATHOGENIE

Si l'on fait abstraction de la théorie endothéliale proposée par VIRCHOW en 1858 , qui a été complètement abandonnée, et la théorie inflammatoire qui concerne un aspect particulier de cette lésion, qui n'entre pas dans le cadre de notre étude et mieux connue sous le terme de cholesteatome des oto-rhino-laryngologistes, il restera à rappeler la théorie épithéliale.

Actuellement unanimement adoptée, elle fait du kyste épidermoide une inclusion dermique d'origine dysembryoplasique.

Soupçonné par WON REMAK en 1854 , la théorie épithéliale par inclusion embryonnaire est affirmé par BOSTROM en 1897 . Elle est fondée sur un argument majeur: l'identité absolue entre la membrane épidermoide et l'épithelium cutané. Dans l'un et l'autre cas la structure est celle d'un épithelium pavimenteux stratifié.

La stratification est dûe à la multiplication d'une couche basale qui est le seul élément prolifératif. Même aspect histologique, identité histophysiologique et histochimique . L'analogie est complète, il s'agit donc dans l'un et l'autre cas de la même structure tissulaire et l'on peut raisonnablement admettre que, les kystes

.../...

épidermoides se développent à partir d'un fragment de tissu épidermoide en situation aberrante. Une preuve quasi expérimentale a été fournie en 1931 par FORESTIER, HAGUENAN avec l'observation d'un kyste épidermoide intra-rachidien, développé au point précis où huit ans auparavant une ponction lombaire a été effectuée: L'aiguille à ponction lombaire a entrainé une parcelle de la couche basale de l'épiderme; chassée dans l'espace sous-dural où elle a le matériel conjonctif nécessaire à sa subsistance et à sa prolifération.

Pour notre part nous tenons à signaler à cette occasion notre unique cas de kyste épidermoide qui occupe la queue de cheval ,chez une femme de 42 ans, et qui avait atteint d'énorme proportion; le kyste épidermoide a été confirmé opératoirement et histologiquement, mais nous ne pouvons pas affirmer l'existance de ponction lombaire dans les antécédents.

A la troisième semaine de la vie intra-utérine, la goutière neurale vient de se fermer, l'inclusion ecto-blastique est situé entre le tissu neuro-épithelial et le mesenchyme environnant; un fait demeure, c'est la pénétration des éléments carotidiens et vertébraux d'une part, choroidiens d'autre part.

.../...

Il semble logique d'admettre que le fragment ectoblastique anormalement détaché de la crête germinative se trouve entraîné par la pénétration des vaisseaux le long des ébauches vertébrales et le long des ébauches choroidiennes. Dans certains cas l'inclusion ectoblastique se trouve isolée du névraxe par l'apparition des ébauches osseuses de la voûte, c'est probablement l'explication des localisations intra-diploiques.

Cette hypothèse fait intervenir un déterminisme vasculaire à l'origine de la migration de l'éctopie épithéliale.

Les différentes variétés d'épidermoides s'expliquent de façon rationnelle en dépit de leurs localisations disparates.

- les variétés supra-sellaires sont des formes tributaires du système carotidien, les formes latérales suivent la sylvienne. Certains épidermoides suivent la voie de l'artère ophtalmique et s'accompagnent d'une dilatation du canal optique .

- les variétés retro-sellaires sont tributaires de l'axe vertébro-basilaire. Les variétés intra-ventriculaires seraient importée lors de la pénétration du système vasculaire choroidien .

II) ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ASPECT MACROSCOPIQUE :

A l'intervention le kyste épidermoide aura un aspet différent selon qu'il sera intra-diploique ou intra-crânien .

En intra-crânien il nous a apparu chez la plupart de nos malades comme il est décrit classiquement: comme une tumeur à la surfece irrégulière, tout entière fait de sailies qui lui donnent un aspet mamelonné.

La couleur de ces tumeurs est remarcablement constante, opaque, d'un blanc brillant et nacré auquel elle doit la dénomination de "tumeur perlée".

Il s'agit d'une tumeur kystique, composée d'une paroi délimitant une cavité remplie d'une substance amorphe.

La limite entre la substance intérieure de la tumeur et la capsule apparait bien lorsque on incise cette dernière. L'énucléation intra-capsulaire est toujours possible . La matière amorphe centro-tumorale s'effrite facilement et se sépare aisement de la capsule qui est plus résistante, lorsqu'on fait une section au couteau, elle donne l'impression d'être graisseuse.

.../...

Le volume et le poids varient d'un cas à l'autre et sont essentiellement fonction de la topographie, et de la lenteurs clinique .

La forme des kystes épidermoïdes est infinement variable. Il peuvent être une masse unique sensiblement sphérique, ou irrégulière. Ils peuvent présenter des prolongements dans différents axes.

- Dans les formes intra-diploïques l'aspect est beaucoup moins net; surtout lorsqu'ils sont de petite taille et que la membrane est adhérente à la paroi de l'os ; et le contenu du kyste nous a toujours paru plus fluide.

- H I S T O L O G I E :

Sur le frottis on trouve des cellules polygonales arrondies, d'aspect malpighien et des argilles de cholestérol parfois mêlées à des grains de calcaire . L'aspect de ces cellules évoque un tissus végétal , le noyaux et tous les éléments de la structure intra - cellulaires ont disparu, ne laissant subsister que les contours cellulaires .

La portion centrale de ces tumeurs; est composée de ce qu'on pourrait appeler " des fantome de cellules épithéliales " .

.../...

BAILEY reconnait à la capsule de kyste épidermoide quatre couches que l'examen microscopique permet d'individualiser très facilement les unes des autres ; ce sont en allant de la superficie à la profondeure:

- le stratum durum .
- le stratum granulosum .
- le stratum fibrosum .
- le stratum cellulosum.

L E S T R A T U M D U R U M :

Est une couche conjonctive formée de fibres collagènes et élastiques, parcémées de quelques râres éléments cellulaires, cette couche conjonctive est très voisin de tissu nerveux environnants, présente une certaine continuité avec lui .

On note que le stratum durum dans certain endroit, se continue insensiblement avec le nerveux qui montre à ce niveau une hyperplasie vasculaire notable .

S T R A T U M G R A N U L O S U M :

A ce niveau commence la structure épithéliale proprement dits. Les éléments épithéliaux sont disposés en plusieurs assises on y trouve des cellules polyedriques de grande dimension reliées par des ponts intercellulaires, le cytoplasme est bourré de granulations kérato-hyaline.

.../...

S T R A T U M F I B R O S U M :

Est constitué d'éléments cellulaïres aplatis et allongés dont la juxtaposition en lamelles ondulées ressemblait à du tissus fibreux. Elle ne représente qu'une étape de la kératinisation cellulaire .

S T R A T U M C E L L U L O S U M :

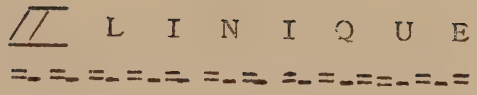
Est la couche la plus profonde, se continuant insensiblement avec la matière amorphe c'est la zone de desquamation cornée typique d'un épithélium malpighien. Les mailles du réseau cellulaire se relachent, les noyaux s'estompent, les contoures cellulaires seule restent perceptibles, constitue un agrégats de cellules cornées polyhedriques anuclées.

Le kyste épidermoide apparait donc dans son ensemble comme un amas de cellules épithéliales qui ont subi le phénomène de kératinisation et la dégénérescence cornée en allant de la superficie à la profondeur .

Si l'on considère le mécanisme de croissance de cette tumeur, on constate que la partie germinative proprement dite située au niveau du stratum granulosum . Les cellules épithéliales qui le constituent; se multiplient lentement, chaque nouvelle génération cellulaire refoulant la génération précédents vers l'intérieur.

.../...

Le kyste épidermoide apparait donc comme un processus expansif dû à l'évolution d'un épithélium paviminteux d'aspect malpighien et cutané dont la multiplication centripète aboutit à l'accumulation centro-tumorale de débris cellulaires kératinisés.


L I N I Q U E

I - GENERALITES

- Fréquence générale:

Les chiffres recueillis dans la littérature varient entre 0,2 et 1% avec une moyenne de 0,5 % .

A Alger la fréquence de kyste épidermoide est environ de 1 % .

- Fréquence selon le sexe et l'âge

Nous ne comptons qu'une malade de sexe féminin pour sept du sexe masculin. Notre série est trop peu nombreuse pour permettre de tirer des conclusions à ce sujet. Mais nous rappelons que pour la plupart des auteurs cette différence n'est pas retrouvée. Le pourcentage entre les deux sexes est à peu près le même.

Du point de vue âge ; nos cas se répartissent comme suit :

2 cas ..... 7 - 8 ans

4 cas ..... autour de 20 ans

2 cas ..... " de 40 ans

Nous n'avons recueilli aucun cas au-dessous de 7 ans et au-dessus de 40 ans. Il est intéressant de comparer ces données à celles qu'ont obtenues certains auteurs :

.../...

pour LEPOIRE et PERTUISET à propos de 100 cas ;

1 cas	1 - 10 ans	
20 cas	20 - 30 ans	40 % des cas entre
25 cas	30 - 40 ans	10 - 40 ans

pour LUBARSCH (247) cas :

20 cas	1- 10 ans	
72 cas	20- 30 ans	55 % des cas entre
57 cas	30- 40 ans	10 - 40 ans

Il s'agit donc bien d'une affection du sujet jeune .

C A R A C T E R E S C O M M U N S :

La pathogénie de kyste épidermoide laisse prévoir de nombreuses possibilités de localisation et par là même, la difficulté d'établir un tableau clinique global, à l'exception de deux faits néanmoins significatifs .

- L'âge de prédilection se situe pour la plupart des auteurs entre 30 et 40 ans : nos cas sont dans la norme .

- La durée d'évolution: cinq de nos cas ont évolué pendant 2 à 8 mois; ce sont des lésions extra-durales (voûte et orbite).

.../...

Un seul a eu une durée de deux ans alors que les trois cas sous-dureaux de la fosse cérébrale postérieure ont évolué 3 ans pour l'un et 2 ans pour les deux autres . (tableau I).

Donc durée d'évolution de plusieurs mois, en général ; tout en sachant, si l'on se refère à la littérature, qu'il y a des cas d'évolution plus rapide .

N°	N O M	AGE	SEXE	1er SYMPTOME	DUREE D'EVOLUTION	LOCALISATION	
1	B. M...	43 ans	M	Céphalée	2 ans	Voûte	Fronto-pariétale
2	A. O...	43 ans	M	Otalgie	2 mois	Voûte	Occipitale
3	... L...	8 ans	M	Otite	8 mois	Voûte	mastoïdienne
4	Y. S...	19 ans	F	Céphalée Exoph.	4 mois	Orbite	
5	F. M...	7 ans	M	Exoph.	6 mois	Orbite	
6	... H...	23 ans	M	Céphalée vertige	3 ans	F.C.P.	
7	R. R...	20 ans	M	Hémispasme faciale	2 ans	F.C.P.	
8	A. M...	22 ans	M	Hypo-acousie	2 ans	F.C.P.	

Tableau (1) L'évolution de K.E. est généralement lente.

FORMES ANATOMO - CLINIQUES

Si l'on se réfère à la classification de LEPOIRE et PERTUISET . Les kystes épidermoides peuvent se classer du point de vue topographique comme suit:

- Kyste épidermoide sous-dural.
  - = variété de territoire, carotidienne
  - = variété choroïdienne ou intra-ventriculaire
  - = variété du territoire vertébro-basilaire
- Kyste épidermoide extra-dural.
  - = variété calvarienne
  - = variété orbitaire .

Quant à nos cas ils se répartissent comme suit:

1°) Kyste épidermoide extra-dural

- Kyste épidermoide diploïque .
  - = variété calvarienne (3 cas)
  - = variété orbitaire (2 cas)

2°) Kyste épidermoide sous-dural

= kyste épidermoide de territoire vertébro-basilaire (3 cas) .

Nous n'avons pas trouvé à Alger de formes intra-ventriculaires ni carotidienne. Mais nous rappelons pour l'intérêt géographique les cas de DESCUNS :

- 2 cas chiasmo-sylviens
- 4 cas ponto-cérébelleux

.../...

Nous commençons par étudier les variétés que nous avons rencontrées et nous ne ferons qu'un rappel clinique et diagnostique des autres variétés .

N° N°	LOCALISATION	CLASSIFICATION	
		EXTRA-DURALE	SOUS-DURALE
1	Voûte Fronto-pariétal	Diploïque (calvarien)	
2	Voûte occipitale	Diploïque (calvarien)	
3	Voûte Mostoïdien	Diploïque (calvarien)	
4	Orbite	Diploïque (orbitaire)	
5	Orbite	Diploïque (orbitaire)	
6	F.C . P.		Vertébro-basilaire (cérébelleux)
7	F. C. P.		Vertébro-basilaire (ponto-cerébel.)
8	F. C. P.		Vertébro-basil. (ponto-cérébel.)

Tableau (II) Classification) .

I) V A R I E T E E X T R A - D U R A L E

- Kystes épidermoides diploïques

A)- Variété calvarienne :

Nous avons réuni trois cas de kystes épidermoides calvariens que nous proposons d'analyser, afin d'essayer d'en tirer une conclusion clinique et diagnostique.

OBSERVATION N° (I)

Il s'agit de Boualem M... âgé de 42 ans hospitalisé dans le service de neuro-chirurgie en 1967 pour une tuméfaction fronto-pariétale droite de la taille d'une orange; évoluant progressivement depuis 5 ans . Cette tuméfaction a une base d'implantation très large, douloureuse. Depuis deux mois le patient, a commencé à se plaindre de céphalée intermittente fronto-pariétale, et de sensation vertigineuse, l'examen ne révèle aucune autre anomalie, l'examen neurologique et fond d'oeil sont normaux .

RADIOGRAPHIE :

= crâne : notons qu'il existe une importante expencivité des parties molles, avec perte de substance dans la région fronto-pariétale droite, existence de petite perte de substance parsemant la voûte .

= Angiographie de la carotide interne droite: Il n'existe aucun déplacement des vaisseaux intra-cérébraux .

.../...

= carotide externe droite:

il n'existe aucune vascularisation pathologique à la tumeur. Il s'agit donc d'un processus benin.

Intervention : Pr A B A D A

Anesthésie locale, après incision de la peau autour de la tuméfaction, on arrive sur une tumeur kystique rénitente ; dont l'incision laisse soudre un liquide graisseux. La partie inférieure de la tuméfaction repose sur une couche osseuse, il n'y a pas à proprement parler de lacune osseuse comme le laisse prévoir la radiologie .

Au centre de cette zone amincie qui doit correspondre à la corticale interne se trouve un pertuis occupé par un tissu fibreux qui fait communiquer le kyste à l'espace intra-crâcien. Cette notion a déjà été mentionné par REEVES (en 1943) .

OBSERVATION N° (II)

Le malade Ali O... âgé de 43 ans hospitalisé dans le service de neuro-chirurgie le 30/9/1964 pour suspicion de processus expansif . La maladie évolue depuis deux ans marquée par : des céphalées, diminution de l'acuité visuelle et depuis deux mois le patient a été pris subitement, de douleurs temporales G., de vomissements et otalgies G.

.../...

L'examen neurologique révèle :

- hypoacousie G., nystagmus latéral dans la position externe du regard, paralysie du VI à G.

- syndrome cérébello-vestibulaire: Ataxie, Romberg positif.

- Fond d'oeil : stase papillaire

RADIOGRAPHIE:

-Crâne : une selle turcique aggrandie, les apophyses clénoïdes son t complètement détruites, signant par là l' H.I.C. chronique. Il existe une perte de substance bien limitée évoquant l'image typique d'un kyste épidermoïde. Sur le cliché de profil on voit à l'endroit du kyste des croissances osseuses s'avançant dans la fosse cérébrale postérieurs; il s'agit d'un kyste épidermoïde de la table interne de la fosse postérieure provoquant une hypertention intra-crânienne.

- Angiographie de l'artère vertébrale : La courbe toncilaire de la pica, siège à 1,5 cm au dessous du trou occipital signant par là une herniation tonsilaire, la branche médiane de la pica n'est pas déplacée mais elle a un trajet curviligne, qui semble épouser la forme d'une expancivité. A la phase veineuse on constate que le sinus latéral G. est nettement comprimé, et légèrement surélevé .

Intervention : : Pr A B A D A

.../...

Exérèse d'une tumeur épidermoïde extra-durale ayant érodée la dure-mère de l'hémisphère cérébelleux G. Exérèse totale après avoir morcelé le contenu du kyste.

L'histologie confirme le diagnostic du kyste épidermoïde.

Suites opératoires immédiates bonnes, à 6 semaines de l'intervention il persiste quelques troubles de la marche sous forme d'élargissement de polygone de sustentation.

Deux ans plus tard le syndrome d'H.I.C. a disparu, le F.O. est normal, le malade se plaint parfois de sensations vertigineuses; mais les épreuves cérébello-vestibulaire ne révèle aucun déficit .

OBSERVATION N° (III)

L'enfant Ali L... âgé de huit ans envoyé par le service O.R.L. pour une tuméfaction mastoïdienne sans caractère inflammatoire. Cette tuméfaction est ferme, à base d'implantation large, douloureuse; l'examen neurologique est négatif, le fond d'oeil est normal.

RADIOGRAPHIE :

= crâne : Face profil + incidence de SCHULLER:

Le crâne est de forme normale, la selle turcique n'est pas aggrandie, ni décalcifiée, la suture coronaire est légèrement ouverte. Sur l'os occipital G. on

.../...

on note une destruction multilacunaire, le bord de la table externe détruite, est surélevé, les través à l'intérieur sont irrégulières on ne note aucune sclérose; la malignité n'est pas exclue.

- L'angiographie carotidienne et vertébrale sont dans la limite de la normale .

Intervention : Pr A B A D A

Volet occipital G.: on retrouve la perte de substance osseuse comblée par une tuméfaction dont l'intérieur est constitué d'une bouillie jaunâtre rappelant la lésion "épidermoïde" et repoussant la dure-mère sans la perforer .

L'histologie: pas de signe de malignité .

Les suites opératoires sont bonnes .

Les liens entre les 3 cas sont uniquement le fait qu'il s'agit de lésion diploïque : ces trois cas illustrent bien la variabilité de cette localisation et surtout la grande différence de sa traduction clinique .

Notre 1ère observation illustre ces nombreux cas dont la seules traduction clinique est la tuméfaction qui n'apparaitra qu'après une longue période d'évolution et dont le diagnostic pourra parfois comme cela a été signalé par certains auteurs être une découverte fortuite .

.../...

Dans ce cas il se posera un problème de diagnostic différentiel. La perte de substance osseuse ne pourra pas toujours évoquer le diagnostic d'un K. E. il sera parfois difficile d'éliminer une lésion maligne :

a) Myelosarcome :

b) Tumeur d'EW ING

c) Osteiosarcome

- le granulome éosinophile

- la maladie de HAND SCHULLER : ou ostéoporose circonscrite du crâne .

- la maladie de KAHLER .

En fait, à la moindre hésitation la ponction-biopsie s'impose, sinon l'étude histologique après ablation .

Notre observation N° (2) : Quoiqu'il s'agisse d'une lésion de la même origine que l'observation N° 1 , du fait de sa localisation a donné un tableau particulièrement riche du fait de la compression des importants éléments nerveux soujacents.

Cliniquement il s'agissait d'un diagnostic différentiel avec tout processus expansifs latéralisés de la fosse cérébrale postérieure et même de l'angle ponto-cérébelleux . Mais là, la simple radiographie du crâne a pu d'emblée orienter le diagnostic .

.../...

L'angiographie vertébrale a montré l'importance du volume de la lésion intra-crânienne . La lenteur d'évolution a fini par éroder la dure-mère mais la lésion est restée extra-durale .

Notre observation N° 3 : tire son intérêt de la râreté de cette localisation; LEPOIRE et PERTUISET n'en rapportent que deux cas sur 100 observations .

Le diagnostic clinique se posera avec les affections O.R.L. notre malade avait d'abord été dirigé dans le service d'O.R.L. mais l'absence des signes inflammatoires et l'aspect radiologique a permis son transfert en neurochirurgie .

Cette localisation peut donc être une cause d'erreur d'orientation et de diagnostic .

EN CONCLUSION : Nous rappelons que pour les formes diploïques, le caractère commun est la tuméfaction quelque soit le siège. Cette tuméfaction est de volume variable, volume qui va dépendre souvent de la durée d'évolution . De consistance molle, ou renitente, avec une base non mobile, dure, du fait de sa position à l'interieur de la lacune osseuse, cette tuméfaction peut manquer en début d'évolution .

.../...

Le diagnostic sera le fait d'une découverte radiologique fortuite. En effet le 2è caractère de ces lésions est une image radiologique le plus souvent typique. La symptomatologie clinique peut être nulle ou très riche selon la localisation .

La fréquence de cette variété est différente selon les auteurs; LEPOIRE et PERTUISET en rapportent 19 cas sur 100 .

B) - Variété orbitaire :

Nous avons réuni deux cas .

OBSERVATION N° (IV)

Une jeune fille âgée de 19 ans hospitalisée le 19/10/1970 dans le service de neuro-chirurgie pour une exophtalmie droite et remaniement osseux au niveau du ptérion ; un méningiome avait été évoqué. Quatre mois auparavant la patiente se plaignait d'une céphalée intense, rebelle, accompagnée d'une baisse de l'acuité visuelle, oedèmes palpébraux .

L'examen neurologique est presque négatif, on notait une exophtalmie unilatérale et une kératite à droite .

.../...

L'examen radiologique :

- crâne: pas de signe d'hypertension intra-crânienne chronique, les fentes sphénoidales sont symétriques, le bord externe de l'orbite droite est le siège d'un remaniement osseux avec sclérose qui a fait penser à un méningiome du ptérion .

L'angiographie ne montre aucun déplacement vasculaire .

La scintigraphie est normale .

L'électro-encéphalogramme : discret irritabilité cortical antérieure plus accusée à droite .

Intervention : Pr A B A D A

Anesthésie générale volet esthétique. On perçoit un tout petit pertuit à la partie externe de l'orbite ; on y enfonce une pince qui laisse soudre un liquide verdâtre très foncé; il s'agissait bien d'un "cholestéatome". Ablation progressive totale. Le globe oculaire et son coussinet graisseux sont indemes .

Remise en place du volet osseux et fermeture des tissus mous .

L'histologie affirme le diagnostic.

L'évolution post-opératoire est marquée par une grave poussée de kératite .

.../...

OBSERVATION N° (V)

L'enfant Farid M... âgé de 7 ans adressé par le service d'ophtalmologie pour une exophtalmie gauche apparue il y a quatre mois, sans phénomène inflammatoire, ni traumatique .

L'examen clinique : à la palpation on sent une masse ferme, dans la partie externe de l'orbite; on palpe également une masse élastique mais ferme dans la région temporale .

A la pression de la tumeur intra-orbitaire on rend plus turgescente la tumeur temporale externe et inversement ; ce qui fait suspecter une communication entre les deux tumeurs. Le fond d'oeil est normal . On note une exophtalmie non pulsatile, irréductible ne limitant pas les mouvements oculaires.

RADIOLOGIE:- crâne; pas de signe d'hypertention intra-cranienne chronique .

- tomographie de la face et de l'orbite gauche: les coupes pratiquées montrent une solution de continuité au niveau de la paroi externe de l'orbite G. Il existe une opacité bilatérale du sinus en faveur d'une sinusite et une absence de pneumatisation du sinus frontal. Les trous optiques semblent de taille égale .

Intervention : Pr A B A D A

.../...

Incision du tissu mou : On sent à la palpation une tuméfaction arrondie communiquant avec l'orbite. Volet frontal ablation du bord externe de l'orbite; la masse contenant un produit de type cholestéatome. Incision de la capsule remise du volet osseuse frontal et du bord externe de l'orbite .

L'évolution post-opératoire est bonne : on note une regression de l'exophtalmie .

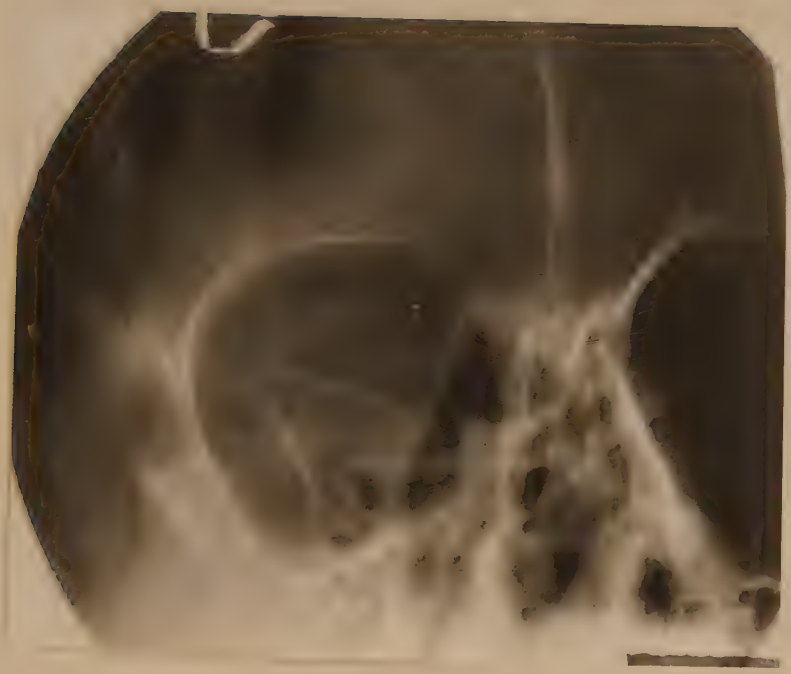


Figure n° 1 : F. M... observation n° 5

Il s'agit d'une lacune au niveau du bord externe de l'orbite gauche .

Cette variété étant émminament diploïque, ne doit sa distinction que par sa traduction clinique plus régulière. Il n'est donc pas étonnant de retrouver comme le montre nos cas, certains caractères de la forme calvarienne dont la tuméfaction; mais qui pourra manquer dans certains cas .

L'aspect radiologique fera envisager des diagnostics différentiels, étudiés dans la forme calvarienne. Elle se traduit cliniquement par :

- une exophtalmie unilatérale avec refoulement vers la ligne médiane du globe oculaire sans trouble de la motilité oculaire extr--inseque et intrinsèque, sans atteinte du nerf optique. Cette exophtalmie n'est pas pulsatile, sans thrill, irréductible, souvent elle s'accompagne, d'une céphalée unilatérale sus orbitaire .

Diagnostic : devant une exophtalmie unilatérale et avant l'examen radiologique on devra éliminer :

- l'origine vasculaire (pulsatilité, thrill souffle à l'auscultation).

- le méningiome du ptérione qui serait parfois difficile à éliminer .

TABLEAU N° III

N°	AGE ANNEES	SEXE	LOCALISATION	MOTIF D'HOSPIT.	CLINIQUE	H.I.O.	Rx	ANGIO	E.E.G.	OPERATION	RESULTAT
1	43	M	calvarienne	Céphalée	Tuméfaction vertige cataracte	-	Lacune	normale	Patho.	Exérèse	Favorable
2	43	M	Calv. occip.	Otalgie	Hypoacousie Nystagmus Synd.cérébel.	+	Lacune	Patho.		Kyste perforale dure-mère (Exérèse)	bon
3	8	M	Calv. mastoïdien.	Otalgie	Tuméfaction	-	multi-Lacunaire	normale		Comblement de l'espace Extra- d. Exérèse	bon
4	19	F.	Orbite	Exoph.	Céphalée Kératite Exopht.	-	Hyperostose		Patho.	Exérèse	Complication (grave poussée de Kératite)
5	6	M	Orbite	Exoph.	Tuméfaction temporale ext. communiqué avec la tumeur orbitaire	-	Lacune			Exérèse	bon

Kystes épidermoïde diploïque (3 variété calvarienne)
(2 " orbitaire)

II°)- VARIETE SOUS-DURALES

Trois de nos observations illustrent un aspect de cette variété, que nous classons en deux catégories:

- variété cérébelleuse (observation n° 6)
- variété ponto-cérébelleuse (obsv. n° 7-8)

OBSERVATION N° VI:

Le jeune Amar H... âgé de 23 ans hospitalisé dans le service de neuro-chirurgie le 27/01/1964 pour un syndrome d'hypertention intra-crânienne évoluant depuis plus de deux ans. Lors de son admission: l'hypertention intra-crânienne est telle que l'état de conscience commence à s'altérer. L'examen neurologique révélait :

- une exophtalmie droite, paralysie bilatérale de VI, paralysie périphérique faciale droite; nystagmus horizontal dans le regard latéral.

Par ailleurs la nuque est raide et le F.O. montre un important oedème bilatéral .

L'examen radiologique : la radio du crâne révèle des signes d'H.I.C. chronique: selle turcique très aggrandie et décalcifiée .

L'angiographie de la carotide interne droite ne montre que des signes d'hydrocéphalie .

.../...

N°	AGE ANNEES	SEXE	LOCALISATION	MOTIF D'HOSPIT.	SIGNES CLINIQUES			R x	ANGIO.	E.E.G.	INTERVENTION	RESULTAT
						F.O.	H.IC.					
6	23	M.	F.C.P.	Altération de la conscience	VII D. Périph. nystagmus Raideur Exopht. D.	+	+	H.I.C.	Pathol.	Pathol.	Exérèse incomplète	décédé
7	20	M.	P. C.	spasme facial	VII D. VIII D. nystagmus	+	+	H.I.C.	Hydro-Céphalée	Pathol.	Exérèse complete	bon
8	22	M.	P. C.	Hypo-acousie	VII Centr. D. VIIID. diplopie nystagmus Synd. cérébelleux.	+	+	H.I.C.	Hydro. Céphalie	Pathol.	Exérèse complete	bon

Kyste épidermoïde de territoire vertébro-basillaire (3 observations)
" sous-durale"

L'artériographie vertébrale: le tronc basilaire est déplacé en arrière, et siège à deux cm du clivus, de face, on constate que le tronc basilaire est déplacé de 1,5 cm vers la gauche; l'artère cérébelleuse supérieure est complètement refoulée vers la gauche; l'artère cérébrale postérieure est déplacée en haut dans sa partie terminale .

Cet examen parle en faveur d'un processus énorme siègeant dans la fosse cérébrale postérieure; cette lésion est extra-cérébelleuse et provoque une herniation transtentorielle de bas en haut .

Intervention :(Pr A B A D A)

Devant l'énormité du déplacement et la durée d'évolution, le diagnostic de K.E. avait été suspecté dans une localisation ponto-cérébelleuse. La lésion a été abordée par volet DINDY . Après la crâniotomie occipitale droite, l'ouverture de la dure-mère en croix, la tumeur blanc nacré apparait dès qu'on soulève le lobe cérébelleux gauche. On se rend compte rapidement qu'il s'infiltre vers les nerfs mixtes, ,qu'il occupe largement l'angle ponto-cérébelleux. Incision de la capsule, ablation progressive des matières pâteuses. On arrive progressivement à libérer l'angle ponto-cérébelleux. Mais la lésion se continue en avant, elle englobe le tronc basilaire .

.../...

La tumeur existe entre le tronc basilaire et le clivus et entre le tronc basilaire et le tronc cérébral. La tumeur est très adhérante .

A la fin de l'intervention, capsule et contenu ont été progressivement et complètement enlevés dans la partie de l'angle ponto-cérébelleux. Mais il reste des fragments au niveau de la partie antérieure du tronc cérébral et du tronc basilaire .

L'histologie affirme le diagnostic de kyste épidermoïde.

Evolution post-opératoire: méningite à cholestérole + 14800 éléments blancs. Le malade est décédé quinze jours après l'intervention.

Vérification anatomique : Il existe un important hématome de la fosse postérieure sous-tension.

Il reste de la tumeur :

- entre le VII et le VIII
- à l'origine du tronc basilaire ou la tumeur dépasse la ligne médiane .

OBSERVATION N° VII :

Rabah R... âgé de 20 ans consulte au service d'ophtalmologie pour baisse de l'acuité visuelle . On découvre une exophtalmie et on l'adresse en neuro-chirurgie pour un oedème papillaire bilatérale.

.../...

L'interrogatoire nous révèle des signes d'H.I.C. qui remonte à deux ans .

L'examen neurologique montre :

- spasme facial droit
- hypoacousie à droite
- nystagmus dans le regard latéral droit.

L'examen radiologique :

-crâne: on note des signes d'H.I.C. chronique

= selle turcique aggrandie

= les apophyses clénoïdes sont décalcifiées. L'angiographie carotidienne G. parle en faveur d'une hydrocéphalie .

Dans l'impossibilité technique de pratiquer une angio. On se contente d'une ventriculographie lipiodolée qui confirme l'hydrocéphalie et montre un stop au niveau de l'acqueduc de sylvius sur le cliché de profil et une déviation de la portion de l'acqueduc visualisée vers la gauche .

Intervention : Pr A B A D A

Position assise. Volet DINDY, incision de la dure-mère en croix; on aperçoit la lésion blanc nacré . Vers le bas, elle s'infiltre entre les nerfs mixtes ; elle envahit toute la loge cérébelleuse et elle file vers le trou de PACHIONI. Très progressivement la lésion est enlevée apparament en totalité .

.../...

Evolution post-opératoire : paralysie faciale en voie de regression. L'hypoacousie persiste, fond d'oeil amélioré revu un an plutard; on note un nystagmus important par contre le fond d'oeil est normal .

OBSERVATION N° VIII :

Aissa M... âgé de 22 ans, étudiant, admis dans le service de neuro-chirurgie le 7/12/1971 pour un syndrome cérébello-vestibulaire, et hypertension intra-crânienne. Le début de la maladie remonte environ à deux ans, marqué par :

- une névralgie faciale atypique, hypoacousie, céphalée, diminution de l'acuité visuelle, diplopie, vertige et vomissement .

L'examen neurologique révèle :

- nystagmus à droite, paralysie faciale périphérique droite, hypoacousie droite, réflexe corné en absent à droite, Romberg positif, élargissement de polygone de sustentation.

RADIOLOGIE :- crâne :

- signes d'H.I.C. discrets
- angio. carotidienne gauche: révèle une hydrocéphalie.
- ventriculographie: on note une dilatation ventriculaire

.../...

L'aqueduc est imperméable .

- scintigraphie cérébrale: pas d'image d'hyper-fixation.

Intervention: Pr A B A D A

Anesthésie générale; position assise, volet DINDY . Dès que le cervelet est surélevé à gauche, apparait la tumeur "blanc nacré" (kyste épidermoïde) qui évoluait dans l'angle ponto-cérébelleux. Ablation du 1/4 inféro-externe de l'hémisphère cérébelleuse droite. Du coté externe elle occupe l'angle entièrement vers le bas elle plonge en milieu des nerfs mixtes; on arrive progressivement à la séparer en dehors du paquet accoustico-facial qu'on aperçoit étalé et étiré vers le bas. Vers le haut on arrive jusqu'au niveau du trou ovale. Finalement le lit de la tumeur est totalement net; la tumeur ne s'étendrait pas au niveau de la face antérieure du tronc cérébral. Fermeture.

L'histologie : confirme le diagnostic de K.E.

L'évolution post-opératoire est favorable; la paralysie faciale a disparu; mais l'hypoacousie persiste. L'oedème au fond d'oeil n'a commencé a s'améliorer que 6 semaines après l'intervention .

C O M M E N T A I R E :

Deux de nos cas entrent dans le cadre des variétés ponto-cérébelleuses. Le troisième, s'il occupe l'angle ponto-cerébelleux, se prolonge aussi dans la région médiane

.../...

en avant du tronc cérébral et comme le révèle l'autopsie il dépassait cette ligne médiane de l'autre coté .

Cette variété pose, du point de vue clinique le diagnostic avec les lésions de l'angle ponto-cérébelleux: tel le neurinome du VIII ou plus précisement le neurinome du V. Quand ce nerf est atteint en premier lieu, comme le cas de notre observation n° 8 .

Nous avons remarqué que les trois malades présentaient des signes d'H.I.C. très avancés; révélée par l'importance de la stase papillaire, les signes radiologiques, et dans le premier cas, par les troubles de la conscience ; chose qui n'avait pas été signalée par les autres auteurs. Le diagnostic de nature de la lésion a pu être évoqué devant la longue durée de l'évolution,et à des images vertébrales avec déplacement inhabituel.

La ventriculographie lipiodolée auquelle nous avons eu recours ne donne pas de signe pathognomonique .

fig. (2 - 3)
Ventriculographie lipiodolée
Obs. N° 7 R...Rabah
On note: une déviation de la portion de l'aqueduc visualisée vers la gauche .

Obs.: (8) M... Aissa

fig. (4) En per opératoire: on voit la tumeur blanc nacré au niveau de l'angle ponto-cérébelleux.

AUTRES VARIETES DE KYSTE EPIDERMOIDE SOUS-DURALES

Notre série ne comporte pas d'autres variétés sous-durales telle : - la variété ventriculaire

- la variété chiasmatique

Nous nous contenterons d'en rappeler les aspects cliniques et diagnostiques .

I°) Kyste épidermoïde choroïdien ou intra-ventriculaire

Cette variété présente deux groupes, sus et sous-tentoriel .

A)- groupe sus-tentoriel :

Cliniquement, ces kystes épidermoïdes peuvent se présenter sous de nombreuses formes, mais ils donnent des images semblables d'un cas à l'autre et tellement particulière qu'elle sont considérées comme pathognomoniques.

- Clinique : les variétés les plus fréquentes sont la temporale et la quadrijeminale .

+ Variété temporale : les signes cliniques ne sont pas univoques, on peut noter des troubles de la parole, une torpeur progressive; dans d'autres cas des crises d'épilepsie généralisées ou d'automatismes inconscients qui résument au début la symptomatologie souvent on a une hémianopsie latérale homonyme dans le quadrant supérieur et une hémipresie; rarement des signes d'H.I.C.

.../...

- Variété quadrigéminale: cette variété se présente comme une tumeur épiphysaire associant un syndrome de PARINAUD à des troubles de l'équilibre et à des signes pyramidaux qui peuvent aller de l'hémiparésie à la quadriplégie ; les signes occulaires d'H.I.C. peuvent manquer .

RADIOLOGIE: la radio du crâne simple est normale l'artériographie carotidienne montre les déplacements artériels auquels on pouvait s'attendre devant une tumeur intracérébrale quelque soit sa nature.

On signale que le kyste épidermoïde, les tumeurs kystiques, les astrocytomes donnent des images tout à fait semblables. L'encéphalo-graphie gazeuse ou la ventriculographie montrent tout au contraire des images qui sont pratiquement pathognomoniques de kyste épidermoïde. Ces images associent deux ordres de signes: - des signes indirects c'est-à-dire des déplacements ventriculaires ou la déformation d'une cavité par la tumeur qu'elle contient :

- des signes directs qui sont pratiquement pathognomoniques du kyste épidermoïde, ils sont faits d'images marécageuses, en mie de pain, ou encore en nid d'abeille, en éponge .

b)- GROUPE SOUS-TENTORIEL: ce groupe englobe tous les kystes épidermoïdes qui pénêtrent dans le quatrième ventricule.

.../...

CLINIQUE : souvent on note un syndrome vermien typique et oedème papillaire .

La pneumographie montre simplement des signes de tumeur du quatrième ventricule. Le seul fait interessant à noter dans ce groupe est l'absence habituelle d'atteinte clinique du plancher du quatrième ventricule.

II)- LA VARIETE CHIASMATIQUE:

CLINIQUE: Le début se fait toujours de la même manière par une baisse unilatérale de l'acuité visuelle. Cette altération de la vision est très progressive accompagnée souvent d'une céphalée unilatérale sus-orbitaire du même coté. L'examen découvre alors une atrophie optique primitive et d'habitude une hémianopsie qui dans le cas les plus typiques, est bitemporale. Alors que, dans d'autres cas elle est temporale homonyme du coté de la baisse d'acuité visuelle.

Il n'existe pas d'oedème papillaire. Il n'y a d'ailleurs jamais de syndrome d'H.I.C. et les céphalées doivent certainement être considérées comme des névralgies méningées secondaires à la pression du kyste épidermoïde sur la base. Parfois on note des troubles sexuels à type d'impuissance.

RADIOLOGIE : L'élargissement de l'un ou des deux canaux optiques est rare. La selle turcique est parfois altérée dans son contour les clinoïdes décalcifiées.

L'artériographie carotidienne montre dans ces formes chiasmatiques les images d'une tumeur sus-sellaire avec sur les clichés de face un redressement du siphon carotidien et sur les clichés de profil un antéposition du coude supra-clinoïdien de la carotide interne.

.../...

L'étude du système ventriculaire est nécessaire afin d'étudier l'extension en hauteur.

DIAGNOSTIC: - Devant un syndrome clinique aussi précis que celui auquel nous nous sommes référés; un certain nombre de diagnostics peuvent être évoqués.

Il est aisé d'éliminer une tumeur hypophysaire devant une selle turcique normale et l'absence des signes endocriniens, il en est de même pour le cranio-pharyngiome, bien que l'on ait décrit des kystes épidermoïdes qui s'accompagnent de calcifications sus-sellaires.

- un méningiome du jugum ou du tubercule de la selle pourrait induire en erreur mais ces tumeurs donnent habituellement naissance à des ostéomes de la base. Il est possible d'éliminer une lésion se développait dans le sinus caverneux comme un anévrisme ou méningiome elles donneraient un syndrome de FOSTER-KENNEDY .

- Le gliome du chiasma: hémianopsie bilatérale
- Le mucocèle sphéno-éthmoïdal s'accompagne d'une opacité de sinus sphénoïdal.
- Le méningiome du canal optique.
- L'arachnoïdite opto-chiasmatique :
  notion traumatique ou infectieuse
- Le granulome de la maladie de BESNIER-BOECK SCHAUMANN .

TRAITEMENT

****
******
**

Comme toutes les affections tumorales, le traitement idéal sera l'ablation totale de la lésion.

Mais cette ablation se présentra différamment selon la localisation de la lésion et en particuliers pour les formes extra-durales et les formes sous-durales.

Pour les formes extra-durales l'ablation totale ne présentera en général aucune difficulté, elle pourra se faire largement; et dans les formes intéressant la convexité, une prothèse en résine acrylique si necessaire pourra être effectué à la fin de l'intervention .

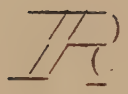
Les risques opératoires sont pratiquement inexistants. Pour les formes sous-durales. La gravité du geste opératoire va dépendre de la localisation .

L'ablation, étant donné toujours le volume de la lésion et les adhérences de sa capsule aux éléments viteaux, le morcellement intra-capsulaire sera toujours de mise.

La séparation de la capsule des éléments avoisinants se sera très progressivement et non toujours sans danger; au point qu'on sera parfois obligé de laisser en place une partie de cette capsule (adhérences : tronc cérébral, tronc basilaire, carotide hypothalamus,). Ce morcellement devra éviter l'aissemage dans l'espace sous-arachnoïdien qui ne manque pas de développer une méningite qui aggravera les suites opératoires.

.../...

Voie d'abord: Pour nos trois cas nous avons utilisé la voie d'abord de l'angle ponto-cérébelleux, mais c'est avéré insuffisant dans notre cas n° (6) la lésion passant au delà de la ligne médiane, la voie sous temporale avec une incision de la lente du cervelet aurais plus éfficace .



RESULTATS

****

****

****

**

Tous nos malades ont été opérés : sur les huit, un seul est décédé, il s'agit du cas de kyste épidermoïde sous-durale à variété vertébro-basilaire; il est décédé 15 jours après l'intervention, après troubles respiratoire et méningite aseptique;.

Il s'agissait du 1er cas de kyste épidermoïde vu dans le servive :

A l'autopsie les fragments de tumeur persistaient au niveau du tronc cérébral et dans l'autre angle ponto-cérébelleux.

Ce malade avait été abordé par voie de DINDY ; un abord sous-temporal aurait été plus efficace.

Les deux autres cas de localisation de l'angle ponto-cérébelleux ont été vus recemment; les sequelles concernant surtout les nerfs craniens sont minimes . Mais la régression a été tout de point de vue fond d'oeil que nerfs craniens et troubles cérébello-vestibulaires, très lente.

Les kystes extra-duraux n'ont présenté aucune difficulté post-opératoire et aucune séquelle.

CONCLUSION

****
****
***

L'analyse des 8 cas de kystes épidermoïdes diagnostiqués opérés au service de neuro-chirurgie, C.H.U. d'Alger . Nous a permis d'envisager les différentes possibilités de localisation, dont la traduction clinique peut être différente, et de les situer dans le cadre de la classification anatomo-clinique adoptée par LEPOIRE et PERTUISET dans leur remarquable mise au point en 1957.

Cette affections bénigne dont l'origine dysembryoplasique a été démontré , reste une affection râre (1 % de processus intra-craniens).

Pour une meilleur compréhension du sujet nous nous sommes attaché à faire un rappel historique nosologique, anatomo-pathologique, et d'évoquer les possibilités de localisations que nous n'avons pas rencontré dans notre série .

Les moyens de diagnostic ont été évoquées, la radiographie simple du crâne restant malgré ses risques d'erreur la meilleur orientation diagnostique dans les cas des kystes épidermoïdes diploïques.

L'angiographie vertébrale dans le cas de lésions de la fosse cérébrale postérieure peut orienter le diagnostic du fait des fortes dyslocations des gros vaisseaux dues au volume de la lésion .

.../...

Le traitement est chirurgical : sa gravité étant pratiquement nulle dans la localisation diploïque, elle le sera beaucoup moins dans certains localisations sous-durale telles que les formes chiasmatiques et vertébro-basilaire. Notre seul cas de décé concerne une de ses variétés .

BIBLIOGRAPHIE

1 - ARLTK: Clinique des tumeurs dermoïdes crâniennes
Zbl. Chir., 18 Nov. 1961. 68 N° 46;2363-2373
(bibliographie) 8 figures.

2 - AUBIN A. et SIARDET J.: Kyste épidermoïde géant de
la région temporo-occipitale; ann. oto-laryng.
Juill.- Août 1958 . 75 n° 7-8, 524-526 .

3 - BARON S.H.: Pseudo-verige dû à un cholesteatome vrai
du crâne . Laryngoscopie, Juin 1958, 68
n° 61004-1012 (Biobliog.)

4 - BAUCHHENSS G. et SCHRMANNK: Tumeur épidermoïde et
dermoide des os du crâne leurs diagnostic
différentiel et leurs traitement y compris
les tumeurs épidermoïdes intra-crâniennes.

5 - BENDJELLOUN M.: Contribution à l'étude des tumeurs
de la voûte du crâne (travail de centre
hospitalier de casablanca)
Thèse de montpellier 1958 Dact. 84 pages
24 PL. H.T.

6 - BLOCH C. et PECK H.M.: Kyste épidermoïde intra-diploï-
que avec une érosion des tables osseuses.
J. MOUNT sinai hosp. Mars-Avril 1964, 31 n°2
155 - 156 .

7 - CARAYON A. AOUCHICHE M. HEYRAUD J. et LYBOUBACAR /
4 cas décholesteatome fronto-orbitaire ou
intracraniens et retentissement oculaire.
Bull. Med. AOF 3° Trimes. 1960. 5 N°3 295-301
(Bibliographie).

.../...

8 - CRONQVIST S. et WHOLEYM H.: Evolution intracranienne des tumeurs dermoïdes et épidermoïde du crâne. acta. Radiol., Diag. 1964. 2 N° 3, 194-200. 6 figures .

9 - FELD M. et GUILLAUMA L.: Deux cas de cholesteatomes fronto-orbitaires, sem. hop. Paris 1952 N°90, décembre, 3664 - 3667 .

10- GOUZY J., LACOMME Y. et HAMOUSIN H.: Les kystes épidermoïdes de la voûte crânienne. Ann. oto.-laryngo. Sep. 1964 81 N° 9 565-576.

11- GREENBERG B.E.: Kyste épidermoïde du crâne un cas observé depuis 16 ans Radiol. Jan. 1961,76 n° 1 , 107 - 109 . (Bibliographie).

12 - HAMOUSIN H.B.E. :Lescholesteiatomes des os de la voûte du crâne (A propos de un cas de cholesteatome frontal) Thèse Paris, 1963 n) 1170 , 102 pages .

13 - LANGENBECKS : Arch. Klin. chir: 1962, 300; N° 1 85 - 108 ; 8 figures. (Bibliographie).

14 - LEPOIRE J. et PERTUISET B.: Les kystes épidermoïdes crânio-encéphaliques (réunion de la société de neuro-chirurgie de la langue Française) (1 vol. 106 P. Paris 1957 . Masson et Cie , ed.) .

.../...

15 - KLINSASSERO et ALBERECHT H.: Les épidermoïdes des os crâniens Langenbeck Arch. Klin.Chir. 13 Août 1957, 285 N° 5 498- 515 , 10 fig. (très import. Bibliographie).

16 - KOCHRGIN V.N.: un cas de cholesteatome du osseux de la voûte du crâne. Vestnik. Radiol.(MOSCOU) N° 3 , 84 - 85 .

17 - KOSVEN A.M.: Un cas de cholesteatome du crâne , Radiologie (MOSCOU) 1964 N° 4 ; 74 .

18 - KRETSCHMER H.: Tumeur osseuse du, crâne avec symptomatologie de tumeur cérévrale (75 cas: osteome, osteome ostéoide, osteosarcome , chondrome, chondrosarcome, fibromyxome, tumeur secondaire carcinome, tumeur dermoide, tumeur épidermoide, hémangiome,tumeur a cellules geantes; enfant-adulte.
Zbl. neuro-chi. 1970; 31 N° 5/6, 247-271, 21 fig. (Bibliog. (Résumé français).

19 - MASSEBOEUF A. ACQUAVIVAR. THEVENOT C. et BENDJELLOUM: La forme calvarienne du kyste épidermoïde de la voûte; remarques à propos de trois observ. MAROC Med. Déc. 1959; 38 N° 415, 1612 , 1614 (Bibliographie).

.../...

20 - MORITZ P. et HORWATH F. : Kyste épidermoïde du diploé .
Zbl. Chi. 4 Avril 1959, 84 N° 14 , 538-540.

21 - MORTADA A.: Kyste dermoïde de la grande aile du sphénoïde Brit. J. Opht. Fév. 1970, 54 n° 2 131 - 133 .

22 - PAZAT et BERTRAND : Cholesteatome de frontale (extra-sinusien) ann. oto. laryng. Juill.-Août 1968 85, n° 5 , 447-448 .

23 - PERON N., GUILLAUME H. et RENARD J.:Sur un cas de cholesteatome crânien extra durale (fracture de crâne 12 ans auparavant rev. neurol. 1958-94 , 218 - 722 .

24 - PERTUISET B. : Les tumeurs osseuses de la voûte du crâne et les cranioplasties- Thèse Paris 1949 .

25 - PETIT-DUTAILLIS D. et PERTUISET B.:Le diagnostic de la tumeur de la voûte du crâne- PM, 16 Juil. 1949 , 46 , 655-657 .

26 - PHILIPPIDES D. et MONTRIEL B.: A propos de trois tumeurs de la voûte crânienne (osteofibrome, tumeurs a myoplaxe cholesteatome).
Neur. Chir. Juil. Sep. 1957, 3 N° 3 , 231-233.

.../...

27 - PLOUM D.L. et KEOHANE D.F.: Tumeur sépidermoïde du crâne et du cerveau; Radiology. Sept 1965 85 N° 3 , 485 - 493 . 6 fig. (Bibliographie).

28 - ROERT M.J.: Sur deux cas de cholesteatome de l'os frontal . Thèse Paris 1951 N° 367 .

29 - ROSS FLEMING J.F. et BOTTERELL: Tumeurs dermoïde et épidermoïdes du crâne.
Surg. Gyn. Obst. Oct. 1959, 109 N° 4 403-411, 15 fig. (Bibliog.)

30 - ROWBOTHAM G.E.: Epidermoide arising in diploé-brit. SURG. 1939 - 26 , 50 , 506 - 514 .

31 - RUGGIERO G., DILENCE D. et DAVID M.: Tableau radiologique des kystes épidermoides intracranien (neuro-chirurgie 1957. 3. 276 - 298 .

32 - SCOTTI B.B.: Kyste dermoïde du crâne: Rev. argent. Cardiol. Janvier-AV. 1970, 33 N°1 , 84 .

33 - SEGOUNIS; CON.: Kyste épidermoïde des os du crâne Galomus (Grèce), Jan. 1961, 3 N° 1 , 41-54 (Bibliographie) Résumé français .

.../...

34 - SKANDALAKIS J.E, GOUWING J.T. et MABON R.F.:
Kyste épidermoïde du crâne; Surgery Juin 1958; 43 N° 6 , 990 - 1001 , 7 fig. (Bibliogr.).

35 - SWISHER R.C. Jr et TESLUK H.: Kyste épidermoïde du crâne à l'origine d'un déplacement du cerveau J.A.M.A., 17 Nov. 1969, 210 N° 7 , 1280-1281, (Bibliographie).

****

* *

*